

Schmerz
1997 · 11:314–321 © Springer-Verlag 1997

Übersichten

G. Jungnitsch · Fachhochschule Regensburg, Fachbereich Sozialwesen ·
H. Köhler · Psychotherapeutische Praxis Weilheim; Schmerzzentrum Tutzing

Indikation und Grenzen von Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzzuständen

Zusammenfassung

Bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist aufgrund der Betrachtungsweise dieser Erkrankung als multifaktorielles Geschehen in der Behandlung eine interdisziplinäre Vorgehensweise zu fordern. Von psychologischer Seite wird dabei ein kognitiv-behavioraler Behandlungsansatz favorisiert, da in dessen Rahmen sowohl ein als Regelbehandlung gedachtes Schmerzbewältigungstraining angeboten werden kann, gleichermaßen aber auch eine umfassende psychotherapeutische Behandlung möglich ist. Diese Behandlungsform erscheint unter den vielfältigsten Bedingungen angezeigt. Eine wesentliche Einschränkung der Indikation vonseiten des Patienten besteht dann, wenn dieser festgefügte Vorstellungen bezüglich einer anderen psychotherapeutischen Behandlung hat. Vom Behandler ist zu fordern, daß er einen über eine ausschließliche Psychotherapie hinausgehenden Ansatz einer interdisziplinären Behandlung akzeptiert.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Kognitiv-behaviorale Schmerztherapie · Verhaltenstherapie bei Schmerz · Schmerzbewältigungstraining · Psychologische Schmerztherapie

Verhaltenstherapie in ihrer modernen Fassung ist ein Therapieverfahren, das in besonderer Weise einem biopsychosozialen Verständnis jedweder Erkrankung [59] gerecht zu werden sucht. Dies drückt sich bereits in der Grundlage der verhaltenstherapeutischen Intervention, nämlich der Analyse der Bedingungen problematischen Verhaltens und/oder gesundheitlicher Störungen auf den Betrachtungsebenen ihrer physiologischen, ihrer emotionalen, ihrer verhaltensmäßigen sowie ihrer kognitiven Anteile aus [56]. In ihren Erklärungsmodellen bezieht sie sich auf alle Teilgebiete der Psychologie und hat sich insbesondere auch als besonders effiziente Vorgehensweise bei schweren organischen Störungen erwiesen [35] sowie in der Fokussierung auf verhaltensmedizinische Ansätze einen unverzichtbaren Eingang in die Rehabilitation gerade bei chronischen Erkrankungen gefunden [49]. Für chronische Schmerzerkrankungen unterschiedlichster Manifestationen ist ihre Effektivität inzwischen gut belegt [3, 14, 16, 23, 30, 31].

Kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze in der Schmerztherapie

Im folgenden werden nur die Grundzüge dieses Ansatzes dargestellt, eine genauere Beschreibung findet sich beispielsweise bei Frettlöh et al. [18], Nilges u. Brinkmann [48] sowie Jungnitsch [30, 31]. Der dargestellte Aufbau ist dabei grundsätzlich für ambulante und stationäre Settings gleichermaßen gültig.

Basis des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes stellt die Annahme dar, daß jedes Verhalten durch Selbstregulationsprozesse des Subjekts, d.h. Planen von Handlungen, Einsicht in Handlungsbedingungen und Bewertung von Handlungen, bestimmt ist [32]. Gerade dann, wenn es gilt, Verhalten zu verändern, muß hierzu die konkrete Umsetzung dieser Handlungspläne oder auch Einsichten in ziel führendes Verhalten erfolgen, wie dies die Annahme Banduras [1] bezüglich der entscheidenden handlungsleitenden Erwartungen nahelegt. Bandura unterscheidet die sog. Ergebniserwartung von der Effizienzerwartung. Ergebniserwartung meint dabei, daß ein Individuum Einsicht darüber gewonnen hat, daß ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ziel führt; Effizienzerwartung bezeichnet dagegen die Erwartung des Individuums, daß es genau dieses Verhalten auch realisieren kann. Um letzteres zu erreichen, bedarf es der Konkretisierung und Einübung, d.h. der Umsetzung von Einsicht in konkrete Verhaltensweisen.

Somit steht die Vermittlung eines entsprechenden „kognitiven Rahmens“, also die Vermittlung der Einsicht, warum spezifische Verhaltensweisen zu spezifischen Veränderungen führen, am

Prof. Dr. G. Jungnitsch
Fachhochschule Regensburg,
Fachbereich Sozialwesen, Prüferingerstraße 58,
D-93049 Regensburg

G. Jungnitsch · H. Köhler

Indication and limits to behavioral therapy for patients with chronic pain

Abstract

Chronic pain has a variety of causes. Therefore patients with chronic pain should be treated in an interdisciplinary way. From a psychological point of view a cognitive-behavioral approach is preferred. This includes training for coping with pain as well as the added option of a comprehensive psychotherapy. This form of treatment seems to be indicated in most cases, but it is not suitable if the patient does not agree with the procedure, preferring instead a special kind of therapy which is not cognitive-behavioral. On the other hand a psychological treatment is not indicated if the therapist is not prepared to cooperate with other therapists in an interdisciplinary fashion.

Key words

Chronic pain · Cognitive-behavioral therapy in pain · Behavioral therapy in pain · Training methods to cope with pain · Psychotherapy in pain

Anfang einer jeglichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention. Da diese Einsicht aber nicht ausreichend ist, wird im nächsten Schritt das Umsetzen dieser durch Einsicht begründeten Verhaltensweise eingeübt. Dies kann zunächst im schützenden Raum eines therapeutischen Settings stattfinden. Wesentlicher Bestandteil kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie ist dann aber noch die explizite Umsetzung der Verhaltensweisen in die reale Lebenssituation des Klienten [45].

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz zeichnet sich allgemein in den Arbeitsfeldern Psychosomatik und Rehabilitation als besonders geeignet aus und ist daher eben auch für Schmerzpatienten innerhalb dieses Behandlungsrahmens aus unserer Sicht als Methode der ersten Wahl zu betrachten. Ein ganz wesentlicher Aspekt liegt darin, daß es innerhalb dieses theoretischen Rahmens möglich wird, daß für klinisch-psychologische Tätigkeiten in diesen Feldern 2 grundsätzlich zu unterscheidende Ansätze verfolgt werden können [30, 41]:

- Psychologische Trainingsangebote
- Psychologische Therapie

Für *psychologische Trainingsangebote* gilt, daß sie keiner spezifischen psychologischen Indikationsstellung wie etwa „Depression“, „unzureichende Krankheitsverarbeitung“ o.ä. bedürfen. Sie sind als notwendiger und selbstverständlicher Bestandteil einer umfassenden Schmerztherapie zu betrachten, der unabhängig von der Zuordnung zu einer bestimmten Klassifikationsgruppe von Schmerzerkrankungen im Sinn einer „Regelversorgung“ einzusetzen ist [23, 30, 31].

Konkretisiert für die Anwendung dieses Ansatzes innerhalb einer interdisziplinären Schmerztherapie bedeutet dies folgendes Vorgehen [22, 31, 34, 55, 57, 58]:

- Vermittlung eines theoretischen Schmerzmodells: Hier hat sich trotz aller inhaltlicher Kritik [20] in der praktischen Umsetzung das Modell der Gate-control-Theorie des Schmerzes [46] bewährt.
- Einüben konkreter schmerzbezogener Verhaltensweisen: In diesem Teil werden effektive Ent-

spannungstechniken [50], innere und äußere Ablenkungsmöglichkeiten, Evozieren und Verändern von Schmerzbildern, Aufbau förderlicher Kognitionen, schmerzinkompatible Verhaltensweisen und sozialkompetentes Verhalten spezifisch zu schmerz- und krankheitsrelevanten Verhaltensbereichen eingeübt [31, 34]. Wesentliche weitere Bereiche, die sich als effektiv erwiesen haben, stellen das Einbeziehen von Biofeedback [15] sowie Körperwahrnehmungs- und Trainingsmethoden dar [8, 23, 61].

- Umsetzung in den Alltag: Dieser Punkt ist bei stationären Therapieprogrammen nur sehr begrenzt zu realisieren. Im ambulanten Bereich wird ihm daher besondere Beachtung geschenkt [42, 43].

In ihrer inhaltlichen Ausgestaltung ist diese Struktur spezifisch auf entsprechende Krankheitsgruppen hin zu konzipieren (vgl. z.B. für entzündlich-rheumatische Erkrankungen Jungnitsch [28]; bei Kopf- und Rückenschmerzen Basler u. Kröner-Herwig [2]). Eine besondere Stärke des oben skizzierten kognitiv-behavioralen Konzepts liegt dabei darin, daß gerade diese Vorgehensweise nicht unbedingt von einer defizitär-therapiebedürftigen Person ausgeht, sondern durch die Betonung von sowohl Informations- als auch Handlungseinheiten einen edukativen Ansatz hervorhebt. Dieser verbindet sich eng mit dem rehabilitativen Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie dem Ansatz des Selbstmanagements [32]. Letzterer ist gerade auch für die Therapie chronischer Erkrankungen von Bedeutung [8]. Ebenso ist für den hier angesprochenen Personenkreis der im Sinn der Unterscheidung von Grawe et al. [25] eher problem-lösungsorientierte Ansatz, wie er sich im kognitiv-behavioralen Grundansatz wiederfindet, von besonderer Bedeutung. Dieser eignet sich ja gerade für eine allgemeine, im Sinn eines Standardprogramms konzipierten Vorgehensweise. Wenn hierbei zwar insgesamt die Form des Gruppenangebots zu bevorzugen ist, bedeutet dies nicht, daß keine individualisierten Angebote möglich sind. Gerade zu Beginn des Rehabilitationsprozesses kann es sinnvoll und notwendig sein, auch Trai-

ningsangebote für den Einzelfall zu planen [30].

Psychologische Therapie verhaltens-therapeutischer Orientierung ist auf dem Hintergrund einer individuellen Bedingungs- und Verhaltensanalyse durchzuführen. Sie zielt auf alle gegebenen Problemfelder ab und verknüpft daher im Rahmen einer übergeordneten Strategie [27] die einzelnen, individuell relevanten Techniken, z.B. Erarbeiten alternativer Problembewältigungsstrategien, Veränderung dysfunktionaler Einstellungen oder Ausweitung kommunikativer Kompetenz [44]. Bei der hier angesprochenen Klientel wird dabei regelmäßig als eine Technik ein Schmerzbewältigungstraining einzubinden sein [31]. Gerade dieses Vorgehen macht die Stärke verhaltenstherapeutischer Ansätze, wie sie sich als verhaltensmedizinische Interventionen bei zahlreichen psychosomatischen Erkrankungen als sehr effektiv darstellen [47, 48, 60], aus.

In der ambulanten Versorgung dominiert der umfassendere psychotherapeutische Ansatz. Der Trainingsansatz entspricht nicht den politischen Vorgaben, die zu einer kassenabrechnungsfähigen Leistung führen. Auf seiten der Betroffenen ist deren Wert dagegen erkannt, so daß dieser Ansatz in Zusammenarbeit mit Patientenselbsthilfeorganisationen, wie beispielsweise der Deutschen Rheumaliga, auch ambulant realisiert werden kann.

Verhaltenstherapie versteht sich nach dem oben Gesagten als Verfahren, das gleichermaßen auf verschiedenen Ebenen ansetzen kann. Ihre Stärke liegt nicht nur in einer ausschließlich symptombezogenen Behandlung. Sie ist darüber hinaus ebenso in der Lage, wie dies im Ansatz der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie zum Ausdruck kommt, in der Behandlung des Patienten das Symptom als solches ernst zu nehmen und dem Anspruch gerecht zu werden, eine umfassende Behandlung verursachender Faktoren sowohl aus der Gegenwart als auch aus der Entwicklungsgeschichte des Patienten leisten zu können. Damit kann der verhaltenstherapeutische Ansatz der Psychotherapie nicht auf ein „Symptommangement“ reduziert werden, wie dies auch wieder jüngst formuliert wurde [10], sondern ist als Therapie auch „ursächlicher“ Faktoren anzusehen. Dabei

ist zu berücksichtigen, daß, wenn gerade bei Schmerzpatienten der Begriff des biopsychosozialen Krankheitsmodells [12, 59] ernstgenommen werden soll, „ursächlich“ nur meinen kann, daß nicht etwa eine einzige, z.B. psychische Ursache identifiziert wird, auf die die Behandlung dann abgestellt wird. In einem multifaktoriellen Geschehen wie dem der chronischen Schmerzen wird damit nur ausgedrückt, daß eine Stelle des Schmerzsystems unter einem besonderen Blickwinkel der Therapie hervorgehoben wird. Damit sind innerhalb des Systems Veränderungen auch an anderer Stelle möglich. Eine Behandlung der sog. „eigentlichen Ursache“, sei sie als „organisch“ oder „psychisch“ angegeben, wird in diesem Zusammenhang als prinzipiell unmöglich erachtet.

Indikation und Grenzen verhaltenstherapeutischen Vorgehens

In der Literatur finden sich hinsichtlich der Indikationsüberlegungen zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen bei chronischen Schmerzen nur sehr wenige Hinweise [40]. Einen Indikationskatalog findet man bei Birbaumer [6], bei dem letztlich die ubiquitäre Einsatzmöglichkeit betont wird, dem Aspekt des verhaltenstherapeutischen Ansatzes als Psychotherapie durch den verhaltensmedizinischen Rahmen, innerhalb dem er seine Indikationsüberlegungen formuliert, aber zu wenig Rechnung getragen wird. Weitere Überlegungen zur Indikation beziehen sich meist darauf, daß davon ausgegangen wird, daß der verhaltenstherapeutische Ansatz als indiziert erscheint. In diesem Rahmen werden dann Fragen erörtert, wie z.B., ob Klienten Voraussetzungen mitbringen, die sie für ein entsprechendes Gruppenkonzept brauchen [24, 30]. Weiterhin wird die Bereitschaft thematisiert, psychologische Faktoren überhaupt als Basis für therapeutische Ansätze anzuerkennen [9]. In der Literatur wird bislang die Frage nach dem geeignetsten Verfahren für Schmerzpatienten ausschließlich innerhalb des Rahmens des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes gestellt [14, 31]. Differentielle Indikationskriterien bezüglich unterschiedlicher therapeutischer Ausrich-

tungen werden u.E. nach bislang nicht diskutiert.

Aus dem oben Angeführten ergibt sich, daß es für den Ansatz des Trainings keinerlei spezifischer Indikation bedarf. Außerdem läßt sich wohl berechtigt behaupten, daß das Trainingskonzept wohl nur innerhalb des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes anzusiedeln ist. Daher sollte es auch entsprechend dessen Vorgaben aufgebaut und ausgearbeitet werden. Unter dem Aspekt interdisziplinärer Behandlung ist hier lediglich darauf zu achten, daß durch anderweitig fundierte psychologische Behandlungskonzepte dieser Aspekt nicht vernachlässigt wird und Betroffene nicht „psychologisch unterversorgt“ werden, bei denen die Indikation einer Psychotherapie nicht gegeben ist.

Die umfassende Verhaltenstherapie setzt eine positive psychologische Diagnose im Hinblick auf Verhaltensexzesse, beispielsweise im Medikamentengebrauch, oder Verhaltensdefizite, wie beispielsweise der Unfähigkeit, unter veränderten körperlichen Bedingungen soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, voraus. Die genannten Verhaltensweisen können dabei sowohl Folge der Erkrankung als auch möglicherweise auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren sein. Gerade der Hinweis auf ein Überwiegen psychischer Faktoren in der Krankheitsgenese, was häufig bei Schmerzen ohne oder mit nur geringem sog. medizinischem Hintergrund zutrifft, bei denen häufig eine somatoforme Störung [52] zu diagnostizieren ist, ist wesentlich für die Indikation einer Psychotherapie. Hier läßt sich eine Unterscheidung zwischen psychoanalytischer (ist gleich „kurativer“) und verhaltenstherapeutischer (ist gleich „rehabilitativer“) Therapie [10] nicht nachvollziehen. Gerade bei den sog. somatoformen Störungen ist Verhaltenstherapie als umfassender Behandlungsansatz indiziert [52]. Dies trifft auch für Schmerzpatienten zu, die zusätzlich an einer depressiven Erkrankung leiden, sowie für solche, bei denen die Schmerzen Bestandteil einer psychotischen Erkrankung, beispielsweise aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer Persönlichkeitsstörung, beispielsweise der narzißtischen Persönlichkeitsstörung, sind.

Nicht indiziert ist die psychotherapeutische Vorgehensweise, wenn sich selbst bei sorgfältigster medizinischer und psychologischer Diagnostik weder im einen noch im anderen Bereich eine Störung im Sinn der gebräuchlichen medizinischen und psychologischen Klassifikationssysteme auffinden läßt. Außerdem muß besonders darauf geachtet werden, daß Veränderungen im Erleben und Verhalten, die regelgerecht im Verlauf der Anpassung an eine gravierende Veränderung körperlicher Integrität auftreten [54, 62], keiner Psychotherapie bedürfen.

Differentielle Indikationsparameter zur Verhaltenstherapie bei Schmerz

Nachdem bis hierher allgemeine Prinzipien der Indikationsstellung für verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen beschrieben wurden, sollen nachfolgend die Überlegungen zur Indikation sowie den möglichen Grenzen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes auf dem Hintergrund der Vorgaben von Koch et al. [33] diskutiert werden.

Es ist zu betonen, daß die verhaltenstherapeutische Behandlung chronischer Schmerzen prinzipiell dadurch begrenzt ist, daß sie in der Regel nicht als alleiniger Ansatz realisiert werden sollte. Dies gilt aber ganz allgemein: Weder ausschließlich anästhesiologischer, orthopädischer, psychotherapeutischer, physiotherapeutischer usw. Zugang allein kann als „Schmerztherapie“ verstanden werden.

Die folgenden Überlegungen entspringen dabei der Grundüberzeugung der Autoren, daß nach dem Verständnis einer modernen, zeitgemäßen Verhaltenstherapie diese prinzipiell auf alle Bereiche psychischer Störungen oder Erkrankungen angewendet werden kann und die Hauptgrenzen im wesentlichen in den begrenzten Fähigkeiten der Personen, die eine entsprechende Therapie anbieten, zu sehen sind und die wohl letztlich in jeder Therapierichtung auftreten werden. Diese Grenzen lassen sich wohl nur durch eine permanente Weiterbildung der in diesem Bereich Tätigen erweitern. Gleichmaßen gehören hierzu die laufende Qualitätskontrolle und Fortentwicklung der entsprechen-

den theoretischen und praktischen Ausbildung.

Weiterhin ist anzumerken, daß es sich bei den folgenden Überlegungen im wesentlichen weniger um solche handelt, die aus spezifischen Therapie-theorien abgeleitet sind, sondern um solche, wie sie sich aus der praktischen Arbeit der Autoren darstellen. Inwieweit sich diese im Nachhinein theoretisch fundieren lassen, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden.

Diagnose

Sowohl für akute als auch chronische Schmerzzustände sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen indiziert. Schmerzzustände mit klarer organischer Zuordnung (z.B. chronische Polyarthrit), aber auch Schmerzzustände bei eher unklarer somatischer Diagnose (z.B. low back pain) sind Gegenstand verhaltenstherapeutischer Behandlung. Die Effizienz des Vorgehens ist durchgehend belegt [3, 21, 28, 34].

Spezifische Diagnosegruppen wie z.B. psychotische Schmerzpatienten, präfinale Krebspatienten, geriatrische Patienten und Patienten mit multimorbiden Beschwerdebildern sind ebenfalls verhaltenstherapeutisch zu behandeln, erfordern aber differenzierte Überlegungen. Bei psychotischen Patienten ist die psychiatrische (psychopharmakologische) Mitbehandlung notwendig oder sogar Voraussetzung. Bei Krebspatienten ist die Schulung in psychologischer Schmerzbewältigung ebenfalls immer sinnvoll. Allerdings ist zu beachten, daß dadurch nicht – bei einer entsprechenden Prognose – die mögliche Auseinandersetzung z.B. mit dem Lebensende verhindert wird. Bei geriatrischen Patienten ist häufig der Betreuungs- und Begleitungsgedanke, der sich z.B. im sozialpädagogischen Zugang findet, mehr zu betonen als therapeutische Ansprüche. Multimorbide Patienten profitieren mehr von therapeutischen Strategien, die auf die Stärkung der allgemeinen Krankheitsbewältigungskompetenz abzielen, Schmerzbewältigung ist dabei ein Teilaspekt. Weiterhin ist bei der Gruppe von Personen, die an einer Erkrankung mit Beteiligung des Immunsystems leiden (z.B. entzündlich rheumatische Erkrankungen; Krebs), neben dem bewältigungsorientierten Ansatz ein Ansatz in Betracht zu ziehen,

der auf den Prozeß der Erkrankung abzielt, wie dies in Visualisierungs- oder Imaginationsprogrammen der Fall ist [28].

Chronifizierung

Der Grad der Chronifizierung hat keinen Einfluß auf die prinzipielle Einsatzmöglichkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren. Die in der therapeutischen Praxis anzutreffende Meinung, man könnte Patienten, bei denen soeben eine schwere körperliche Grunderkrankung diagnostiziert wurde, auf künftige Schmerzzustände „immunisierend“ vorbereiten, ist naiv. Es ist vorher kritisch zu reflektieren, auf welchem Stand der individuellen Krankheitsbewältigung [54] sich der Patient befindet. Trotzdem sollte in die interdisziplinäre Behandlung das Angebot psychologischer Schmerzbewältigungsstrategien so früh wie möglich einbezogen werden. Dabei ist zum frühen Zeitpunkt sowohl ambulant als auch stationär die Arbeit mit der Einzelperson zu bevorzugen, es sei denn, es läßt sich eine homogene Gruppe hinsichtlich des frühen Diagnosealters zusammenstellen. Mit zunehmender Chronifizierung ist anzunehmen, daß der umfassende psychotherapeutische Zugang vermehrt indiziert ist. Gerade hier nimmt der Schmerz in vielfältiger Weise Funktionen in verschiedenen Lebensbereichen, wie z.B. Beziehungen in der Familie oder beruflichen Interaktionen, ein. Dies zeigt sich auch in der Beobachtung, daß in einer verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Klinik wie Windach am Ammersee die Erkrankungs-dauer zu Therapiebeginn auf einer Schmerzstation durchschnittlich 12,5 Jahre betrug [53]. Operante Verfahren und familien- bzw. systembezogenen Maßnahmen sind hier in besonderem Maß indiziert. Selbstverständlich sind letztere Bestandteil einer umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategie. Die sorgfältige Bedingungs- und Verhaltensanalyse leiten hier die Auswahl der Verfahren.

Schweregrad der Erkrankung

Der Schweregrad der Erkrankung stellt keine Bedingung für eine Einschränkung oder einen Ausschluß verhaltenstherapeutischer Verfahren dar. Viel-

mehr ist die Planung der individuellen psychologischen Behandlung darauf abzielen.

Je schwerer sich das Krankheitsbild des Betroffenen darstellt, desto eher gehen Überlegungen in der Therapieplanung weg vom Brennpunkt Schmerz hin zur Bedeutung der Erkrankung in vielen Lebensbereichen. Es geht hier also zunehmend weniger darum, Bedingungen oder Ursachen des Schmerzes aufzufinden oder konkrete Strategien der Entspannung oder Ablenkung zu vermitteln, als vielmehr Wege zu entwickeln, die Tatsache der Erkrankung in das Lebenskonzept des Patienten einzubauen und ihm sinnvolle Perspektiven zu eröffnen. Kognitiv-emotionale Vorgehensweisen stehen hier im Vordergrund.

Ausmaß der kindlichen Traumatisierung

Verhaltenstherapeuten gehen selbstverständlich davon aus, daß frühe, z.B. karge oder traumatisierende Lern- oder Entwicklungsbedingungen wichtige Einflußgrößen auf Lebenspläne und damit verbundene Handlungsmuster ausüben. Das alleinige Aufdecken dieser Muster reicht in der Regel nicht aus, eine Verhaltens- oder Erlebensänderung in Gang zu setzen. So zeigt sich beispielsweise auf der Ebene des Schmerzgedächtnisses, daß traumatische Schmerzerlebnisse selbst auf neuronaler Ebene weiterwirken [7]. Klassische verhaltenstherapeutische Methoden zur Beeinflussung dieses Phänomens finden sich unter dem Begriff der „Respondenten Verfahren“ [51]. Hier finden sich Methoden, die selbst unabhängig von einem bewußten Verständnis der Schmerzgenese und -entwicklung und damit ohne Rückbezug auf etwaige kindliche Traumatisierungen allein durch die handlungsbezogene Vorgehensweise wirksam sind. Die auf immunologische Veränderungen abzielenden Interventionen sind hier ganz ähnlich einzuordnen [28].

Sucht- und Abhängigkeitsproblematik

Medikamentenabhängigkeit ist bei Patienten mit chronischen Schmerzen eine häufige Begleiterscheinung. In solchen Fällen ist zuerst ein Entzug von

den Suchtmitteln anzustreben. Hierfür stehen bewährte Verfahren aus der Verhaltensmedizin, z.B. „pain cocktail“, zeitkontingente Medikamentierung etc. zur Verfügung [17].

In der Regel werden schmerztherapeutische Maßnahmen mit Verfahren der Entwöhnungsbehandlung kombiniert, um dem Patienten parallel zur Entwöhnung Alternativen anzubieten. Dies bezieht sich auf den Grundsatz, „Störverhalten“ nicht nur „wegzutherapieren“, sondern Alternativverhalten aufzubauen.

Persönlichkeitsfaktoren

Inwieweit spezifische prämorbid Persönlichkeitsfaktoren für die Entstehung, den Verlauf und die Verarbeitung von Schmerzerkrankungen bedeutsam sind, ist fraglich [11, 14, 39, 40]. Zu beobachten ist, daß sich bestimmte Persönlichkeitsstörungen, wie zwanghafte, narzißtische und histrionische bei chronischen Schmerzpatienten zeigen. Dabei darf aber die Persönlichkeitsstörung nicht zwingend als alleinige Ursache des Schmerzproblems gesehen werden [11]. Schmerztherapeutische Maßnahmen müssen hier durch kognitive Verfahren bei den entsprechenden Persönlichkeitsstörungen ergänzt werden. [4, 13].

Beziehungsfähigkeit

Beziehungsfähigkeit wird nicht als statische Voraussetzung bewertet. Der Aufbau derselben ist im verhaltenstherapeutischen Denken als erstes Ziel im Therapieprozeß zu konzipieren [32]. Die gemeinsame Erarbeitung eines plausiblen verhaltensmedizinischen Störungs- und Therapiemodells ist dabei das wesentliche methodische Element. Gleichzeitig gelten selbstverständlich die grundlegenden Prinzipien der therapeutischen Beziehungsgestaltung [38]. D.h., der Patient sollte in der Lage sein, mit seinem Therapeuten zumindest zu kommunizieren, und sollte sich aufgefordert fühlen, seine Therapie regelmäßig weiterzuführen, d.h., auch wieder zu kommen. Der Ausbau einer weiterführenden therapeutischen Beziehung, ohne die letztlich kein Therapieerfolg erreicht werden kann, ist ein wesentlicher Gegenstand der Reflexion im verhaltenstherapeutischen Vorgehen.

Patientenwunsch

Stabile, nicht veränderbare Überzeugungen des Patienten hinsichtlich der Angemessenheit einer anderen Psychotherapiemethode sind Kontraindikationen für eine weitere Behandlung nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien. Bei breiteren verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird der Wunsch des Patienten respektiert, den „Start“ in die Therapie eher symptomorientiert oder eher „am Symptom vorbei“, die Hintergrundbedingungen bearbeitend, zu wagen [26].

Motivation

Die Motivation des Patienten ist keine statische Größe, die zu Beginn einer Zusammenarbeit in hoher Ausprägung gegeben sein muß. Motivation ist eine dynamische Variable, deren Ausprägung sich im Verlauf ändert. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist Motivation nicht mit Leidensdruck gleichzusetzen. Schmerzpatienten wirken zu Beginn einer Therapie oft für eine Psychotherapie nicht motiviert. Ziel ist der Aufbau einer entsprechenden Therapie- und Veränderungsmotivation.

Verhaltenstherapeuten bemühen sich gerade zu Beginn einer Therapie bei Schmerzpatienten um einen systematischen Aufbau der Therapiemotivation. Ziel ist es, die „wahrgenommene Kontrolle“ durch psychologische Maßnahmen zu erweitern und somit die Motivation zu erhöhen. Motivation wird aufgebaut, indem der Patient an therapeutischen Entscheidungen beteiligt wird, v.a. bei der Formulierung von Therapiezielen und der Auswahl therapeutischer Methoden.

„Wenn im klinischen Bereich von „unmotivierten“ Klienten gesprochen wird, so sind damit meistens Personen gemeint, die sich nicht auf bestimmte, vom Therapeuten für wesentlich gehaltene Schritte einlassen. Eine besonders beliebte therapeutische Umgangsform mit solchen Klienten besteht darin, ihnen „Widerstände“ oder „Gegenkontrolle“ zu attribuieren. Wenn es auch manchmal berechtigt erscheint, Widerstände zu diagnostizieren und zu bearbeiten oder Klienten mangelhafte Therapiemotivation zu unterstellen, gibt es genaugenommen jedoch keine „unmotivierten“ Klienten. Im Gegensatz zu

Therapeuten anderer (besonders psychodynamisch orientierter) Schulen, die häufig den Eindruck erwecken, als wüßten sie – stellvertretend für Klienten – deren „wahre“ Ziele, Wünsche und Motive, bevorzugen Selbstmanagement-Therapeuten eine etwas bescheidenere Sichtweise: Ohne Anspruch auf das Aufdecken „richtiger“ oder „falscher“ Motive versuchen diese, Klienten beim besseren Erkennen oder dem Entwickeln wichtiger persönlicher Ziele zu assistieren und Motivation zu *schaffen*, anstatt aus einer eigenen theoretischen Position heraus Klienten als „unmotiviert“ zu bezeichnen. Wie bereits oben ausgeführt, sind Menschen (und somit auch Klienten) immer motiviert – die entscheidende Frage ist nur: motiviert wofür? Für den Selbstmanagement-Therapeuten ist es deshalb wichtig, über die Frage, *ob* ein Klient motiviert ist, hinauszugehen und in Erfahrung zu bringen, *mit welcher Intensität* der Klient *zum momentanen Zeitpunkt* auf *welche spezifischen Ziele* hin motiviert ist“ (Kaufer et al. [32] S. 71).

Subjektives Krankheitsverständnis

Für sich genommen ist dies kein Indikationskriterium. Ist dieses Krankheitsverständnis jedoch Bedingung für den Patientenwunsch nach z.B. einer rein organmedizinischen Behandlung, so ist das erste Ziel des gesamten Behandlungsteams darin zu sehen, eine multifaktorielle Sichtweise des Schmerzgeschehens für den Patienten plausibel zu machen. Das verführerische Entgegenhalten der „Experten-sicht“ ist nicht förderlich. Das oft einer erfolgreichen Behandlung entgegenstehende Störungsmodell des Patienten ist sensibel und sukzessive in ein plausibles, adäquates und zielführendes Störungs- und Behandlungsmodell überzuführen (z.B. Gate-control-theory).

Bezieht sich dieses Krankheitsverständnis dann aber auf einen bestimmten psychotherapeutischen Zugang, so gilt das bereits unter dem Punkt „Patientenwunsch“ Gesagte.

Vorausgegangene Therapieerfahrungen des Patienten

Gerade weil verhaltenstherapeutische Beziehungsgestaltung den Therapeuten

nicht als den „Experten“ definiert („Expertenkiller“), sondern sich der Therapeut bescheiden als Veränderungsassistent einbringt, sind für lang chronifizierte, therapie- und mißerfolgserfahrene Patienten Verhaltenstherapiemaßnahmen günstig.

Therapieziele

Verhaltenstherapie ist hinsichtlich ihrer Zielbereiche nach Auffassung der Autoren nicht eingeschränkt. Die Therapieziele werden gemeinsam aus einer umfassenden Verhaltens- und Bedingungsanalyse hergeleitet [56]. Es lassen sich symptombezogene und symptomübergreifende Therapieziele formulieren. Zu den symptombezogenen Therapiezielen zählen:

Vermittlung eines angemessenen verhaltensmedizinischen Problemverständnisses, Einführen, Einüben und konkrete Anwendung vielfältiger Methoden und Strategien zur Schmerzmodifikation [31, 34, 35].

Bei langjährig chronifizierten Schmerzen ist das Wiedererlangen des Zustandes der Schmerzfreiheit unwahrscheinlich. Die Zunahme der „Erträglichkeit“ ist das 2. symptombezogene Ziel. Dazu gehören die Ausweitung des Aktivitätsniveaus des Patienten, die Förderung des emotionalen Wohlbefindens, die Veränderung der Einstellungen den Schmerzen gegenüber, die Steigerung der Kontrolle und der Abbau der Hilflosigkeit in Schmerzsituationen sowie der Abbau fehlangepaßter Schmerz- und Krankheitsverhaltensweisen [36].

Symptomübergreifende Therapieziele umfassen prinzipiell Ziele, wie sie generell für Psychotherapie formuliert werden können, im besonderen handelt es sich um das Einbinden des Schmerzbereichs in einen individuumspezifischen funktionellen Zusammenhang [26, 32]. Beispiele hierfür wären Schmerz als Kommunikationsmittel, Schmerz als Ersatz für sozialkompetentes Verhalten oder/und Schmerz als intrapsychische Vermeidung der Wahrnehmung anderer negativer Befindlichkeiten, Verständnis des Schmerzes als Ergebnis fehlgeleiteter, individueller Entwicklungsprozesse, Aufdecken und Aufarbeiten der mit der Schmerzproblematik in Zusammenhang stehenden übergeordneten kognitiven Orientierungen [4, 56].

Insgesamt wird damit beabsichtigt, den Patienten auf eine neue Lebensperspektive und -weise hin zu orientieren [32].

Daraus sollte deutlich werden, daß gerade bei chronifizierten Schmerzen die verhaltenstherapeutische Schmerztherapie als besonders geeignet erscheint. Dabei sollte diese, soweit als möglich, ambulant angeboten werden können, um die oben beschriebenen sehr alltagsnahen Ziele auch verwirklichen zu können. Hilfreich ist jedoch die Verknüpfung mit stationären Therapien, in denen konzentriert die Grundlagen für die ambulante Behandlung geschaffen werden können [29, 30].

Vorgesehene Behandlungsdauer

Verhaltenstherapie ist als ein Verfahren anzusehen, welches in überschaubarer Zeit durchgeführt wird. So ist für eine Kurzzeittherapie im ambulanten Setting ein Umfang von 25 h vorgesehen, eine Langzeittherapie umfaßt im Regelfall 45 Sitzungen und kann ausnahmsweise auf 60 bzw. maximal 80 h verlängert werden. Im stationären Bereich ist Verhaltenstherapie nach den individuellen Gegebenheiten zu konzipieren und wird als Einzeltherapie durch entsprechende interdisziplinäre Gruppenverfahren ergänzt [37, 53].

Sonstige differenzielle Indikationskriterien

Verbalisierungsfähigkeit, Intelligenz, Schulbildung und Introspektionsfähigkeit des Patienten stellen keine Bedingungen dafür dar, eine differenzielle Indikationsentscheidung für eine spezifische Therapieform zu treffen. Die hier anzutreffenden Variationen stellen eher eine Herausforderung an Erfahrung, Kompetenz, Flexibilität, Belastbarkeit und Motivation des Therapeuten dar.

Die Geschlechtszuordnung Therapeut/Therapeutin gegenüber Klient/Klientin und darüber hinaus das Berücksichtigen der spezifischen Eigenarten männlicher und weiblicher Klienten, die sowohl innerhalb der Krankheitsentwicklung als auch bezüglich der spezifischen Therapieziele eine wesentliche Rolle spielen, stellen für eine Therapie eine wichtige Überlegung dar. Hinsichtlich der Frage einer differenziellen Indikation bezüglich einer spezifischen

Therapieform sind sie für alle gleichbedeutend, wobei sich jedoch gerade innerhalb der Verhaltenstherapie neuerdings die Diskussion in bezug auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ansätze artikuliert [19].

Ein weiterer, allgemein zu berücksichtigender Gesichtspunkt ist auch, daß an die Erfahrung des Therapeuten hohe Anforderungen zu stellen sind. So erfordert z.B. das Curriculum der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, daß über eine allgemeins psychotherapeutische, schulenunabhängige Qualifikation des Therapeuten hinaus spezifische festgelegte Kompetenzen erworben werden müssen, ohne die eine verantwortungsbewußte psychologische Behandlung dieser Klientel nicht möglich ist.

Resümee

Ambulante Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzen ist unter 2 Bedingungen kontraindiziert:

- Der Patient wünscht eine Behandlung unter anderen theoretischen Fundierungen und sieht auch nach einer entsprechenden Motivierungsphase keinen hinreichenden Grund zu einer Orientierungsänderung.
- Der verhaltenstherapeutische Behandler ist nicht bereit, der Komplexität chronischen Schmerzgeschehens gerecht zu werden und einen interdisziplinären Ansatz in der Behandlung mitzutragen und zu fördern.

Eine Indikation zu einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlung chronischer Schmerzen ergibt sich unter folgenden Bedingungen:

- Bei chronischen Schmerzpatienten liegen keine bedeutsamen psychischen Auffälligkeiten vor. Deren Behandlung soll aber die notwendige Ganzheitlichkeit dadurch erfahren, daß die Möglichkeiten psychologischer Mittel zur Veränderung und Bewältigung von Schmerz einbezogen werden [5].
- Bei einem Patienten mit chronischem Schmerz ist eine umfassende Psychotherapie angezeigt, weil sich das Schmerzproblem so darstellt, als ob es wesentlich von psychologi-

schen Faktoren bestimmt wäre, und/oder eine gravierende psychosoziale Beeinträchtigung des Patienten aus den Schmerzen resultiert.

Hier werden im verhaltenstherapeutischen Vorgehen auf der Grundlage der Bedingungsanalyse die individuell bedeutsamen Faktoren von Schmerzgenese, Schmerzaufrechterhaltung und dysfunktionaler Schmerzverarbeitung identifiziert. Innerhalb des daraus resultierenden Therapieplans können sich symptombezogene Maßnahmen ergeben, die Therapie kann aber auch ausschließlich am „Symptom vorbei“ konzipiert werden.

Literatur

1. Bandura A (1986) **Social foundations of thought and action**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
2. Basler HD, Kröner-Herwig B (Hrsg) (1995) **Psychologische Schmerztherapie bei Kopf- und Rückenschmerzen**. Quintessenz, München
3. Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seemann H (Hrsg) (1996) **Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung**. Springer, Berlin Heidelberg New York
4. Beck AT, Freeman A (1993) **Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen**. Beltz, Weinheim
5. Birbaumer N (1986) **Schmerz**. In: Miltner W, Gerber WD (Hrsg) **Verhaltensmedizin**. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 113
6. Birbaumer N (1984) **Psychologische Analyse und Behandlung von Schmerzzuständen**. In: Zimmermann M, Handwerker HO (Hrsg) **Schmerz – Konzepte und ärztliches Handeln**. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 124
7. Birbaumer N, Schmidt RF (1996) **Biologische Psychologie**. Springer, Berlin Heidelberg New York
8. Budde H (1994) **Die Wiesbadener Rückenschule**. Lang, Frankfurt am Main
9. Döring J (1994) **Verhaltensmedizinische Aspekte der klinischen Behandlung des chronischen Rückenschmerzes**. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg) **Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie**. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 726
10. Egle UT, Nickel R (1996) **Psychoanalytische Therapie**. In: Senf W, Broda M (Hrsg) **Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie**. Thieme, Stuttgart New York, S 418
11. Egle UT, Hoffmann SO (1993) **Gibt es eine Schmerzpersönlichkeit?** In: Egle UT, Hoffmann SO (Hrsg) **Der Schmerzkranken: Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht**. Schattauer, Stuttgart New York, S 149
12. Engel GL (1977) **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. *Science* 196: 129
13. Fiedler P (1995) **Persönlichkeitsstörungen**. Beltz, Weinheim
14. Flor H (1991) **Psychobiologie des Schmerzes**. Huber, Bern
15. Flor H, Hermann C (1992) **Psychophysiologische Verfahren (Biofeedbackverfahren) in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome**. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) **Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie**. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 349
16. Flor H, Fydrich T, Turk DC (1992) **Efficacy of multi-disciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review**. *Pain* 49: 221
17. Fordyce WE (1976) **Behavioral methods for chronic pain and illness**. Mosby, St Louis
18. Frettlöh J, Franz C, Jäkle CH, Kröner-Herwig B, Peters-Knäbel K, Rehfish HP, Sander H, Seemann H, Unnewehr S, Basler HD (1995) **Das Therapiemanual**. In: Basler HD, Kröner-Herwig B (Hrsg) **Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie**. Quintessenz, München, S 51
19. Franke A (1996) **Selbstmanagement und die Frauen**. In: Reinecker H, Schmelzer D (Hrsg) **Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement**. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 119
20. Geissner E (1992) **Psychologische Modelle des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung**. In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) **Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie**. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 25
21. Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) (1992) **Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie**. Psychologie Verlagsunion, Weinheim
22. Geissner E, Jungnitsch G, Schmitz J (1994) **Psychologische Behandlungsansätze bei Schmerz**. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 42: 319
23. Geissner E, Heuser J, Goebl G, Fichter MM (1996) **Stationäre verhaltensmedizinische Therapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen: Behandlungsansatz und Evaluation**. *Z Gesundheitspsychol* 4: 152
24. Glier B, Emde H, Wittmann HB, Spörkel H (1994) **Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten**. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg) **Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie**. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 717
25. Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) **Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession**. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto
26. Hand I (1989) **Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie**. In: Hand I, Wittchen HU (Hrsg) **Verhaltenstherapie in der Medizin**. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 17

27. Hoffmann N (1993) **Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken.** In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltens-therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 7
28. Jungnitsch G (1995) **Entzündlich - rheumatische Erkrankungen.** In: Petermann F (Hrsg) Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 131
29. Jungnitsch G (1994) **Verhaltenstherapeutische Interventionen bei rheumatischen Erkrankungen.** In: Zielke M, Sturm J (Hrsg) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 176
30. Jungnitsch G (1992a) **Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. Psychologische Hilfen im Einzel- und Gruppentraining.** Quintessenz, München
31. Jungnitsch G (1992b) **Psychologische Verfahren in der Therapie chronischer Schmerzen – Grundlagen und Überblick.** In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 227
32. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) **Selbstmanagement-Therapie.** Springer, Berlin Heidelberg New York
33. Koch U, Lotz W, Schulz H, Trabert J (1995) **Delphi-Befragung von ausgewählten Experten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach zur differentiellen Indikation (Forschungsbericht Nr. 7 der Externen Evaluation der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach).** Abteilung für Medizinische Psychologie Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf
34. Köhler H (1982) **Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthritis – Eine empirische Untersuchung.** Unveröffentlichte Dissertation, Universität Tübingen
35. Köhler H (1995) **Verhaltenstherapie – eine aktuelle Form der Psychotherapie.** Fortschr Med 113: 16
36. Köhler H, Hartmann K (1988) **Chronische Schmerzsyndrome.** Diaserie 12. Galenus, Mannheim
37. Köhler H, Jungnitsch G (1992) **Psychotherapie bei Schmerz – Ein Fallbeispiel.** In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 243
38. Köhler H, Schwarz D (1989) **Interaktionsanalytische Modellvorstellungen in der Verhaltensmedizin.** In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltensmedizin. Deutscher Arzteverlag, Köln, S 89
39. Kröner-Herwig B (1996) **Die Schmerzpersönlichkeit – Eine Fiktion?** In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfsch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 169
40. Kröner-Herwig B (1996) **Verhaltenstherapie.** In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart New York, S 425
41. Kryspin-Exner I (1994) **Einladung zur psychologischen Behandlung.** Quintessenz, München
42. Lamparter-Lang R (1994) **Freiburger Rheumaschule – Ein Modell zur komplexen Behandlung von Patienten mit rheumatischer Arthritis.** In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltensmedizin. Deutscher Arzteverlag, Köln, S 163
43. Lamparter-Lang R (1992) **Ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Gelenk- und Rückenschmerzen.** In: Geissner E, Jungnitsch G (Hrsg) Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie. Psychologie Verlagsunion, Weinheim, S 295
44. Linden M, Hautzinger M (1993) **Einführung.** In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltens-therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 3
45. Meichenbaum D (1991) **Intervention bei Streß – Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings.** Huber, Bern
46. Melzack R, Wall PD (1982) **Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie.** In: Keeser W, Pöppel E, Mitterhusen P (Hrsg) Schmerz. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
47. Miltner W, Birbaumer N, Gerber WD (Hrsg) (1986) **Verhaltensmedizin.** Springer, Berlin Heidelberg New York
48. Nilges P, Brinkmann G (1993) **Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren bei chronischen Schmerzzuständen.** In: Egle UT, Hoffmann SO (Hrsg) Der Schmerz- kranke: Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer, Stuttgart New York, S 414
49. Petermann F (Hrsg) (1995) **Verhaltens- medizin in der Rehabilitation.** Hogrefe, Göttingen Bern Toronto
50. Petermann F, Vaitl D (Hrsg) (1994) **Hand- buch der Entspannungsverfahren.** Bd 2. Anwendungen. Beltz, Weinheim
51. Reinecker H (1996) **Verhaltenstherapie.** In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psycho- therapie: ein integratives Lehrbuch für Psycho- analyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart New York, S 140
52. Rief W (1994) **Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie: empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung.** Huber, Bern
53. Roecken S (1987) **Der Patient mit chro- nischen Schmerzen in Klinik und Praxis.** Unveröffentlichte Dissertation, Universität Freiburg
54. Shontz FC (1975) **The psychological aspects of physical illness and disability.** McMillan, New York
55. Schneider HJ (1994) **Verhaltensthera- peutische Grundüberlegungen und Standardmethoden bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome.** In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltensmedizin. Deutscher Arzteverlag, Köln, S 69
56. Schwarz D (1986) **Verhaltenstherapie.** In: Uexküll Th von (Hrsg) Psychosomatische Me- dizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 268
57. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M (1983) **Pain and behavioral medicine. A cognitive behavioral perspective.** Guilford, New York
58. Turk DC, Rudy TE, Flor H (1988) **Cognitive- behavioral treatment of chronic pain: an integrated interdisciplinary approach.** In: Miltner W, Larbig W, Brengelmann JC (Hrsg) Psychologische Schmerzbehandlung. Röttger, München, S 38
59. Uexküll Th v, Wesiack W (1996) **Wissen- schaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell.** In: Uexküll Th von (Hrsg) Psychoso- matische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 13
60. Wahl R, Hautzinger M (Hrsg) (1989) **Verhal- tensmedizin.** Deutscher Arzteverlag, Köln
61. Weitzer K, Graml S (1995) **Rückenschmerzen: ein verhaltensmedizinisches Modell und die Folgen für die Rückenschul-Praxis.** In: Hoefert HW, Kagelmann HJ, Rosemeier HP (Hrsg) Rheuma und Rückenschmerz. Quintessenz, München, S 158
62. Wright BA (1983) **Physical disability – A psychosocial approach.** Harper & Row, New York